

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Basile POPESCO

LE

LIEU D'INSERTION DU PLACENTA

STATISTIQUE PROVENANT D'OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

59

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Basile POPESCO

LE

LIEU D'INSERTION DU PLACENTA

STATISTIQUE PROVENANT D'OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Président : M. BRINDEAU, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ MARFAN
	{ N.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	{ DELBET
Clinique des maladies contagieuses	{ GOSSET
	{ LEJARS
Clinique chirurgicale	{ HARTMANN
	{ DE LAPPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	{ BAR
	{ COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU
	{ J.-L. FAURE
Clinique gynécologique.	AUGUSTE BROCA
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ
Clinique thérapeutique.	SEBILEAU
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA DOUCE MÉMOIRE TOUJOURS VIVANTE
DE MES CHERS PARENTS

A MA CHÈRE SŒUR HÉLÈNE ET A MA CHÈRE FEMME

En témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON BEAU-FRÈRE ALEXANDRE BRATU

Avec mes remerciements.

A MADAME ET A MONSIEUR LATOUR
MES BEAUX-PARENTS

ET A MA MÈRE HÉLÈNE POPA

Profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR ALEXANDRINE
ET DE MON FRÈRE LE DOCTEUR CRACIUN POPESCO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Toute ma reconnaissance, ma
grande affection et ma profonde
admiration.*

A M. LE DOCTEUR THIERY

Professeur agrégé

Témoignage de profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu me porter.

AVANT-PROPOS

Pendant notre dernière année d'études médicales, nous avons eu la bonne fortune de fréquenter le service de M. le professeur Bar et M. le professeur Brindeau où, grâce aux leçons de clinique obstétricale de nos maîtres, nous avons pu faire ce travail.

C'est à leurs leçons et à l'enseignement pratique, qu'ils donnent chaque matin au lit des malades, que nous avons puisé la grande partie de nos connaissances obstétricales.

Que notre cher maître, M. le professeur Brindeau, veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude, pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée, pour le profit que nous avons retiré de son enseignement pour notre vie médicale, et pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

Que nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Paris veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour leur enseignement.

LE LIEU D'INSERTION DU PLACENTA

STATISTIQUE PROVENANT D'OPÉRATIONS CÉSARIENNES

I. — INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Dans ce modeste travail nous nous proposons de faire un exposé sur le lieu d'insertion du placenta dans le corps utérin, d'après les différents travaux que nous avons consultés. Nous nous sommes également servi dans ce but des différentes statistiques qui sont résultées de ces recherches, en même temps que les méthodes variées qui ont été employées à cet effet ; nous y ajoutons nous-même notre contribution personnelle en apportant le résultat des observations que nous avons consultées sur ce sujet à la Clinique Tarnier. Naturellement, dans notre aperçu général, nous ne tenons compte que des cas normaux ne comprenant pas les insertions sur le segment inférieur de l'utérus, mais uniquement l'insertion du placenta dans le corps utérin. Ce qui nous intéresse surtout, c'est qu'après la lecture des différents travaux et statistiques on put dégager un résultat sur la fréquence de l'insertion la plus habituelle du placenta. En résumé, notre étude peut se poser sous la

forme de cette question : « Quel est l'endroit de l'utérus où se fait habituellement l'insertion du placenta ? »

Jusqu'à *Portal* on admettait que cette insertion se faisait presque toujours au fond de l'utérus, tandis que pour *Fallope*, *Graaf* l'insertion sur les côtés avait été la règle ; *Ruysch* croyait que l'insertion se faisait au fond et il décrivit même un muscle, le « *detrusor placentae* », auquel il attribuait le rôle de décoller et d'expulser le placenta. Mais c'est *Portal* qui, le premier, démontra que le placenta pouvait s'insérer sur le segment inférieur de l'utérus ; consécutivement *Levret* confirma cette constatation et ajouta avec raison qu'il n'y a pas un seul point de l'insertion de l'utérus où le placenta ne puisse s'insérer.

Dans la thèse de *Degouy* nous trouvons un exposé historique détaillé sur la question. Ainsi *Heister* pensait qu'il n'y avait pas de lien certain ; pour *Capersohn* le placenta s'insérerait le plus fréquemment vers la région moyenne de l'utérus, très rarement dans le fond, sur le col et sur tout l'orifice utérin. *Velpeau* et *Moreau* déclarent que l'insertion peut se faire dans tous les points de l'utérus, tandis que pour *Meckel* chez les primipares le placenta s'insérerait ordinairement à la partie supérieure et postérieure de la matrice un peu à droite ; pour *Cazeaux* l'insertion se ferait sur tous les points de la matrice mais surtout à droite ; pour *Longet* elle correspondrait à l'une des trompes et le plus souvent en avant qu'en arrière et pour *Jenlin* l'insertion se ferait sur tous les points mais ordinairement dans le fond.

Par de nombreuses mensurations *Pinard* a trouvé que : 1^o l'insertion du placenta sur la voûte utérine est un fait presque toujours exceptionnel ; 2^o que le placenta habituel-

lement est inséré à la fois sur le segment moyen et supérieur de l'utérus, empiétant souvent sur le segment inférieur.

On a recherché également sur quelle face de l'utérus avait lieu habituellement l'insertion du placenta ; *Osiander* et *Busch* pensaient que le placenta s'insérait le plus souvent sur le côté droit ; *Noegelé* et *Siebold* sur le côté gauche de l'utérus. Actuellement tout le monde est d'accord pour admettre que cette insertion du placenta se fait le plus souvent au niveau des faces.

II. — DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE DÉTERMINATION DE L'INSERTION DU PLACENTA ET STATISTIQUES

Les premières recherches qui ont été faites sur l'insertion du placenta dans l'utérus ont été des constatations anatomo-pathologiques. On le comprend d'autant plus aisément que l'asepsie et l'antisepsie n'étant pas encore pratiquées suivant nos principes modernes, les observateurs étaient obligés d'éviter toute manœuvre manuelle intra-utérine pour éviter les accidents d'infection presque fatals à cette époque. Aussi, tous les résultats, toutes les statistiques qui remontent avant l'application des procédés de l'ère pasteurienne sont des observations de femmes décédées en couches, pendant ou à la fin de leur gestation.

Ainsi, nous trouvons qu'en 1862, consécutivement à ses constatations d'autopsie, Hegar a trouvé sur 7 sujets les résultats suivants :

5 fois l'insertion était sur la paroi postérieure de l'utérus.		
I	—	latérale droite.
I	—	antérieure.

En 1865, Gusssew rassemble une statistique plus importante portant sur 100 cas qui se décomposent ainsi :

49	fois l'insertion du placenta se faisait sur la paroi antérieure.
46	— sur la paroi postérieure.
1	— sur la face lat. gauche.
3	— sur la face lat. droite.
1	— sur l'orifice tub. droit.

En 1866, E. Martin trouve à l'autopsie de 63 femmes les variétés suivantes : 24 fois à la paroi antérieure, 32 fois à la paroi postérieure que l'auteur précise sur différents segments de l'intérieur de l'utérus :

24 fois paroi antérieure :

- 10 fois totalement sur la paroi antérieure.
- 6 fois l'insertion était antérieure droite.
- 8 fois l'insertion était antérieure gauche.

32 fois paroi postérieure :

- 15 fois totalement sur la paroi postérieure.
- 12 fois l'insertion était postérieure droite.
- 5 fois l'insertion était postérieure gauche.
- 5 fois l'insertion se faisait sur la paroi latérale droite.
- 2 fois l'insertion se faisait sur la paroi latérale gauche.

Enfin Van Cauvenberghe rassemble les différentes statistiques de son époque et comprenant les cas de Hohl, Carmichaël, Hegar, Martin, Winckel et Gusserow pour faire un tableau unique comportant 189 cas. Il trouve ainsi que :

94	fois le placenta s'insérait sur la face postérieure de l'utérus.
77	— sur la face antérieure —
12	— sur le côté droit —
6	— sur le côté gauche —

Si soigneuses que soient ces observations elles présentent cependant moins d'exactitude que quand elles sont prati-

quées sur des sujets congelés. C'est sur de pareils cas que Pinard et Varnier ont basé leur statistique sur 37 pièces anatomiques :

22 fois le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus :

12	—	sur la face antérieure	—
1	—	sur le fond	—
1	—	sur la paroi lat. droite	—

Dans 1 cas de grossesse trigémellaire avec 2 placentas, un placenta s'insérât à la face antérieure et un autre à la face postérieure.

D'après tous ces résultats anatomo-pathologiques on voit que dans plus de la moitié des cas l'insertion a lieu sur la face postérieure de l'utérus, tandis que l'insertion sur le fond est tout à fait exceptionnelle. Ces constatations, en général, se trouveront d'ailleurs confirmées par toutes les autres méthodes de recherches qui ont été utilisées depuis cette période.

A la suite de ces méthodes anatomo-pathologiques, grâce à l'utilisation de l'antisepsie dans l'obstétrique, on a constaté qu'il n'y avait aucun inconvénient à introduire sa main dans la cavité de l'utérus. Ces manipulations sont d'autant plus bénignes qu'elles ne s'accompagnent d'aucun traumatisme et la plupart des auteurs ont toujours pris garde de laisser le placenta en place, sans essayer de le décoller. Naturellement, ceux qui ont pratiqué ces recherches sur l'intérieur de la cavité utérine, après la délivrance, se sont entourés des mêmes précautions et aucun auteur ne rapporte un accident infectieux ou hémorragique dû à ces manœuvres.

Dans une thèse récente Degouy a recherché l'insertion du placenta par l'exploration manuelle immédiatement après l'accouchement et avant que le placenta ne soit expulsé. Après s'être entouré de toutes les précautions aseptiques, s'être préalablement brossé, savonné, lavé à l'éther et trempé dans le sublimé la main et l'avant-bras l'auteur les introduit dans l'utérus aussitôt après l'expulsion du fœtus et très souvent avant la ligature du cordon. L'examen dure 2 à 5 minutes. Avant de retirer sa main de la cavité interne il pratique une injection interne de 2 litres d'eau bouillie, additionnée de teinture d'iode, dans l'utérus, puis il retire sa main sans décoller le placenta. Dans l'utérus la paume de la main correspondait à la face antérieure de l'utérus, que souvent elle sentait tournée à droite, puis tournant la face palmaire on l'appliquait sur le placenta, en recherchant ses bords droit et gauche, son extrémité supérieure et en descendant sur son extrémité inférieure. Degouy constatait quelques particularités sur l'anneau de Baudl, le col de l'utérus, etc.

L'auteur n'a jamais eu le moindre accident infectieux consécutivement à ses manœuvres. Sur les 70 cas qu'il a observés il a trouvé que trente-huit fois l'insertion se faisait sur la face antérieure de l'utérus et vingt-six fois sur la face postérieure ; d'une manière plus précise ces cas se décomposent :

38 fois face antérieure :

31 fois face antérieure et bord droit.

2 — — — et segment inférieur.

4 — — — —

1 — — et bord gauche.

26 fois face postérieure :

16 fois face postérieure et bord gauche.

6	—	droit.
---	---	--------

4	—	
---	---	--

D'après les conclusions de Degouy, le placenta siège habituellement sur une des faces de l'utérus depuis le fond jusqu'à l'anneau de Bandl. Jamais il ne recouvre complètement le fond et rarement il s'insère en partie sur ce fond.

Presque toujours le fœtus est en contact par un de ses plans latéraux avec la face fœtale du placenta.

Le placenta possède la plus grande tendance à gagner le bord droit de l'utérus et Degouy croit pouvoir attribuer à l'influence du décubitus de la mère pendant le sommeil le lieu d'insertion du placenta. C'est à la suite d'une enquête, de l'interrogatoire qu'il a fait subir à la plupart de ses accouchées, leur demandant si elles dormaient de préférence du côté droit ou gauche ou indifféremment qu'il se permet de faire cette hypothèse.

Parmi les autres observateurs qui ont pratiqué l'exploration intra-utérine manuelle, nous trouvons que Bidder a trouvé sur

139 cas : 73 fois l'insertion du placenta en arrière.

53	—	en avant.
----	---	-----------

8	—	au fond.
---	---	----------

4	—	à gauche.
---	---	-----------

1	—	à droite.
---	---	-----------

Holzapfel :

107 cas : 42 fois l'insertion se faisait sur la paroi antérieure.

45 — sur la paroi postérieure.

14 — sur l'angle tubaire.

5 — au-dessous de la trompe.

1 fois il y avait placenta praevia (d'après Schenke
cette dernière insertion se rencontre une fois sur
1.500 à 1.600 cas).

Schroeder :

73 cas : 37 fois insertion sur la paroi antérieure.

18 — sur la paroi postérieure.

1 — complètement à droite.

8 — à droite et en avant.

7 — à droite et en arrière.

2 — à gauche et en avant.

D'après Grosser, qui ne spécifie pas sa méthode de recherches, le siège du placenta qui est déterminé par l'endroit d'implantation, est habituellement aussi fréquent à la paroi antérieure qu'à la paroi postérieure de l'utérus et dans sa moitié supérieure. Rarement le placenta recouvre l'embouchure d'une trompe (placenta de l'angle tubaire), tandis que Bar et ses élèves Mercier, Ouvrier, Bufnoir et Lequeux ont attiré l'attention sur la fréquence relative de la greffe du placenta dans des cornes utérines ; cette greffe donne à l'utérus une forme spéciale, connue maintenant en clinique sous le nom de grossesse angulaire. Pour Grosser le placenta s'insérerait latéralement au-dessous de la trompe. Encore plus exceptionnellement se présente une insertion profonde du placenta avec recouvrement de l'orifice interne de l'utérus (placenta praevia).

Une méthode d'examen intéressante a été fournie par Bayle et Léopold. Par l'examen extérieur de l'utérus, se basant sur la direction des annexes par rapport à l'axe utérin ces auteurs ont conclu que :

1° Le placenta s'insère à la face postérieure de l'utérus lorsque les trompes montent en convergeant sur sa face antérieure ;

2° Le placenta s'insère sur la face antérieure lorsque les trompes siègent sur les côtés.

D'après les statistiques de ces deux auteurs :

1° L'insertion postérieure serait plus constante chez les multipares que chez les primipares ;

2° Le décollement placentaire serait plus long à se produire quand l'insertion est antérieure et donnerait plus souvent lieu à des hémorragies ;

3° La délivrance se ferait mieux quand le placenta se trouve inséré sur la face postérieure.

Tridondani confirme des conclusions à peu près analogues. Palm fit à ce sujet des recherches à la clinique gynécologique de Strasbourg et ses résultats confirment l'exactitude de la théorie de Bayle.

Sur 38 césariennes pratiquées par Tridondani, le diagnostic préalablement posé par Léopold sur l'insertion du placenta, fut confirmé trente-six fois à l'opération.

Ces auteurs, dans leur exposé, distinguent cinq principaux types d'utérus :

1° Un utérus fusiforme ne présentant pas d'assymétrie ; les points d'insertion des trompes et du ligament rond sont haut placés et se trouvent au même niveau, sur la paroi antérieure et relativement l'un près de l'autre.

Diagnostic ; le placenta s'insère en bas et en arrière.

2° Utérus présentant une disposition identique, seulement les points d'insertion sont éloignés l'un de l'autre.

Diagnostic : le placenta s'insère en haut et en avant.

3° Utérus plus sphérique, mais toujours sans assymétrie. Les points d'insertion sont profonds, au-dessous de l'ombilic, sur la paroi antérieure et relativement l'un près de l'autre.

Diagnostic : le placenta s'insère en haut et en arrière.

4° Même disposition de l'utérus que la précédente sauf que les points d'insertion sont éloignés l'un de l'autre et se trouvent placés sur les arêtes latérales.

Diagnostic : le placenta s'insère en avant et en haut.

5° Le fond de l'utérus est large « en apparence utérus arqué » ; présence constante de l'assymétrie de l'utérus ; un de ses angles plus précisément est d'habitude plus élevé, d'où il se produit une disposition de l'utérus quelque peu oblique ; les points d'insertion des trompes sont très éloignés l'un de l'autre, ils se trouvent sur les arêtes latérales, plus élevés sur une des faces.

Diagnostic : placenta au col de la trompe.

Toutes ces constatations étaient en même temps comparées à celles restées aussitôt après la venue de l'enfant, par la palpation manuelle des membranes à l'intérieur de l'utérus. Consécutivement à cette comparaison le résultat fut que sur 100 cas la palpation extérieure confirma exactement le diagnostic de l'insertion placentaire préalablement émis dans 88 cas.

Ces 100 cas se décomposent :

45 fois l'insertion du placenta était en arrière et en bas.

10 — — — en haut.

55 fois en arrière.

24 fois l'insertion du placenta était en avant et en bas.

8 — — — en haut.

32 fois en avant.

Au col de la trompe droite l'insertion du placenta se présenta six fois.

Au col de la trompe gauche cinq fois.

Insertion du placenta en avant et à droite une fois.

Placenta prævia latéral droit marqué une fois.

Von Haselberg put également vérifier dans un cas l'exactitude de la théorie de Bayer et de Léopold ; la constatation correspondit exactement au diagnostic.

Ahlfeld chercha à déterminer l'insertion du placenta et sa reconstitution à l'intérieur de l'utérus par un procédé spécial.

Au moment du passage du placenta, il marquait par une serre-fine les parties proéminentes apparaissant les premières à l'orifice vaginal. Puis il recueillait le placenta dans un bassin et constatait si la déchirure correspondait à la dimension de la tête. Dans ce cas il prenait les mesures et un dessin de la pièce. Finalement il déterminait le siège de l'insertion placentaire. Enfin, au neuvième jour, il faisait une palpation intra-utérine pour déterminer avec certitude l'insertion placentaire, sur quelles paroi et à quel niveau. Grâce à tous ces facteurs il parvenait à reconstruire la disposition du placenta à l'intérieur de l'utérus.

Sur 700 accouchements pratiqués en deux ans il put reconstruire la disposition intra-utérine dans 120 cas.

Les mesures qu'il prélevait sur le placenta comprenaient la distance qui séparait la déchirure des membranes de la périphérie du placenta : notamment la distance maxima et minima.

Dans la détermination de l'insertion du placenta pratiquée au neuvième jour, on exceptait de l'examen intra-utérin les cas où le périnée était récemment cicatrisé, pour éviter les déchirures et ceux dont l'orifice utérin interne était trop étroit. Il faut éviter de forcer, de manière que l'accouchée n'eût pas à souffrir de cette exploration. Cet auteur n'a jamais constaté le moindre accident chez ses accouchées consécutivement à cette pratique ; au contraire il avait parfois l'avantage de retarder la sortie des accouchées dont l'utérus ne se trouvait pas suffisamment involué.

Cette palpation intra-utérine démontrait : 1° si l'orifice utérin interne était de nouveau nettement rétracté ; 2° à quel niveau se trouvaient les insertions placentaires ; 3° comment était constitué le reste de la muqueuse utérine.

D'après les constatations de l'auteur, celui-ci affirme que l'examen de l'insertion correspond à la réalité quand les empreintes placentaires sont nettement palpables et perçues à la paroi antérieure de la cavité utérine ; dans ce cas le placenta s'insère réellement en avant de l'utérus gravide.

La conclusion est plus incertaine en ce qui concerne la détermination de la distance de l'insertion du placenta avec l'orifice de la cavité utérine.

Comme moyenne de ces examens Ahlfeld donne les chiffres suivants : si le bord inférieur du placenta dans l'utérus se trouve à 10-15 centimètres du museau de tanche

au neuvième jour, jours des couches, il se trouve éloigné de 1 cm. 5 à 2 cm. 5 de l'orifice interne au moment de l'examen.

Dans 125 cas sur 127 cet auteur nota le mode de sortie par l'orifice vaginal. Il a été observé quatre vingt-seize fois le mode Baudelocque-Schultze, celui de Duncan vingt-deux fois, le mode mixte sept fois.

Il comprenait dans le mode Baudelocque-Schultze tous les cas où le placenta était complètement inversé ; le chorion, avec ou sans amnios appliqué et complètement entouré par la surface maternelle du placenta, tandis que la partie proéminente du placenta apparaissait la première par l'orifice vaginal, appartenait à la surface fœtale.

Sous le nom de mode de Duncan étaient compris les cas où les membranes s'appliquaient à la surface fœtale et où l'on constatait à la sortie de l'orifice vaginal la partie vil-
leuse.

Quand l'un de ces deux modes ne se produit pas, Ahlfeld le désignait sous le nom de mode mixte.

D'après ses résultats il s'ensuit que dans la grande majorité des cas la moitié inférieure du placenta avec ses surfaces fœtales proéminent dans les parties les plus profondes du vagin, tandis que les membranes sont enveloppées du côté maternel.

Comme résultat cet auteur trouva l'insertion placentaire à la paroi antérieure quarante-sept fois et cinquante fois à la paroi postérieure.

Sur 125 cas il a constaté que le bord inférieur du placenta était en moyenne à 9 cm. 7 et avec les différentes corrections imputables à la déchirure du placenta, il consi-

dère que le chiffre de 10 centimètres est la distance normale où se place le bord inférieur du placenta de l'orifice utérin interne dans l'œuf même.

Maggiar, se basant sur une statistique de la clinique Pinard, plaçait dans 57,52 o/o des cas le bord inférieur du placenta vicieusement incisé à 0 cm. 9 de l'orifice utérin interne (zone identifiée avec le segment inférieur utérin d'une manière erronée d'après Ahlfeld). Dans 42,33 o/o des cas le bord placentaire se trouvait à 10 centimètres et davantage de l'orifice interne.

Ahlfeld a constaté par hasard cette particularité remarquable que dans 46 des placentas siégeant à la paroi antérieure de l'utérus le bord inférieur du placenta était éloigné en moyenne de 8 centimètres de l'orifice utérin interne tandis que dans les 49 cas siégeant à la paroi postérieure cette distance était de 10 cm. 87. Il s'ensuit que quand le placenta siège à la paroi postérieure il faut le chercher en général plus haut que s'il s'insère à la paroi antérieure.

D'autres part les 44 placentas développés à la paroi antérieure avaient un poids moyen de 579 grammes et les diamètres mêmes perpendiculairement l'un à l'autre de 15 cm. 1 sur 17 cm. 2, tandis que les 52 placentas insérés à la paroi postérieure pesaient en moyenne 603 grammes et avaient le diamètre 14 cm. 8 sur 17 cm. 6. Les placentas s'insérant à la paroi postérieure avaient donc un développement en surface plus considérable ; ceci pourrait s'expliquer, c'est que par hasard les placentas développés à la paroi postérieure étaient ceux des multipares et par conséquent plus volumineux que ceux des primipares. Mais

malgré qu'il y ait une plus grande tendance des multipares à avoir leurs placentas insérés à la face postérieure, les proportions et le nombre des cas de l'auteur sont trop faibles pour expliquer ce fait. Il doit exister divers facteurs qui favorisent un plus grand développement du placenta à la paroi postérieure et qui nécessitent d'autres recherches.

Dans ses conclusions Ahlfeld déclare que le placenta s'insère relativement aussi fréquemment à la paroi antérieure que postérieure de l'utérus, que les causes qui déterminent cette insertion n'ont pu encore être fixées avec certitude. Jamais il n'a trouvé le placenta s'insérant dans le fond de l'utérus; dans l'immense majorité des cas l'insertion se trouvait dans le segment supérieur du corps utérin à 10 centimètres environ du museau de tanche; très souvent le placenta affleurait le tiers inférieur du corps utérin et même jusqu'à l'orifice interne.

D'autre part cet auteur a noté que le siège et la dimension du placenta avaient une très grande influence sur le mode de décollement, d'élimination et d'expulsion. La longueur et le siège d'insertion du cordon ombilical avaient une importance tout à fait secondaire.

Quand le bord inférieur du placenta était à 10 centimètres et plus de l'orifice utérin interne, quand le placenta pesait au moins 450 grammes et particulièrement quand il s'insérait à la paroi postérieure de l'utérus, il présentait alors le mode d'expulsion typique le plus fréquent. Ce placenta se présentait à l'orifice vaginal par sa face fœtale (avec une partie entre le bord inférieur et le centre) en même temps que les membranes, tout au moins le chorion, se trouvaient

entourés complètement par le côté maternel du placenta.

A toutes ces différentes méthodes de recherches dans la détermination de l'insertion normale du placenta à l'intérieur de la cavité utérine, nous apportons également notre statistique. Elle est basée sur les constatations faites aux cours des césariennes pratiquées à la Clinique Tarnier du 1^{er} janvier 1910 au 30 juin 1920 et de l'Hôpital de la Pitié depuis le 1^{er} janvier 1919 jusqu'au 30 juin 1920. Nous avons ainsi relevé 246 opérations césariennes. Toutes ces interventions étaient nécessitées pour des vices de conformation du bassin ou des hémorragies (xyphose, etc.) et naturellement nous excluons les césariennes nécessitées pour le placenta praevia. A titre d'exemples nous rapportons en résumé deux observations types de ces différents cas.

OBSERVATION I. — Mme N..., 24 mars 1910. Bassin xyphotique. Opération césarienne. Incision de la paroi abdominale ayant à peu près l'ombilic pour centre. Extériorisation de l'utérus, incision de celui-ci sur le fond. Extraction du fœtus sans difficulté, il crie aussitôt.

Délivrance : *Le placenta est inséré sur la face postérieure et son bord affleure l'extrémité terminale de l'incision.*

Poids du fœtus : 2.370 grammes. Placenta : 500 grammes.

OBSERVATION II. — Mme X..., 16 mai 1910. Césarienne sur une femme mise en travail. Incision verticale sur la ligne médiane ; on arrive sur l'utérus, extériorisation ; l'enfant est extrait facilement.

Le placenta est inséré à la paroi postérieure de l'utérus.

Comme nous le voyons, d'après ces deux observations, si l'insertion était toujours indiquée dans le cahier des opérations, par contre le poids du placenta n'est pas toujours

noté et étant le petit nombre de cas où nous l'avons constaté, nous n'en pouvons pas les envisager dans nos déductions. De même, très peu d'observations font mention des multipares ou des primipares ; aussi également pour cette raison nous ne pouvons considérer les rapports possibles entre l'insertion du placenta avec le nombre des accouchements.

Les 246 observations de césariennes que nous avons consultées au point de vue de l'insertion du placenta nous donnent :

121	fois insertion du placenta	sur la paroi postérieure.
92	—	sur la paroi antérieure.
9	—	sur le fond.
3	—	sur la paroi latérale droite.
5	—	sur la paroi latérale droite et en arrière.
3	—	sur la paroi latérale gauche et en arrière.
10	—	sur le fond et en arrière.
3	—	sur le fond et en avant.

Comme nous le voyons, conformément aux statistiques précédentes, l'immense majorité des cas ont une insertion soit à la paroi postérieure de l'utérus (49 o/o des cas) ou à la paroi antérieure de l'utérus (37,4 o/o des cas).

III. — CONCLUSIONS

1° Diverses méthodes ont été employées à la détermination de l'insertion placentaire dans l'intérieur de la cavité utérine : examen anatomo-pathologique, exploration manuelle de l'intérieur de l'utérus, constatations à l'opération de la césarienne ;

2° Tous ces résultats établissent qu'il n'y a pas un seul point de l'intérieur de l'utérus qui ne puisse donner lieu à l'insertion du placenta ;

3° Dans l'immense majorité des cas l'insertion normale du placenta se fait soit à la paroi postérieure, soit à la paroi antérieure de la cavité utérine ;

4° Le placenta s'insérant à la paroi postérieure est en général plus développé que celui s'insérant à la paroi antérieure ;

5° Nos constatations qui portent sur une statistique de 246 césariennes établissent que l'insertion postérieure se présentait dans 49 o/o des cas et l'insertion à la paroi antérieure dans 37,4 o/o des cas.

Le Président de la thèse,
BRINDEAU

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

IV. — BIBLIOGRAPHIE

- Ahlfeld (F.).* — Weitere Untersuchungen über die physiologischen Vorgänge in der Nachgeburtsperiode (Zeitschrift für Gehuthülfe und Gynäkologie, t. XXXVI, 1897, p. 443-466).
- Auvard.* — Traité pratique d'accouchements, 1898.
- Bar, Brindeau et Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements. Paris.
- Bayer.* — Morphologie der Gebärumtter (Freund's Gynäkologische Klinik, 1885).
- Bleucke (A.).* — Ein Beitrag zur Kenntniss der Verhältnisses zwischen Placenta und Entwicklung der Frucht. Thèse Wurzburg, 1895.
- Caruso (F.).* — Sulla sede normale della placenta (Atti d. Soc. ital. di ostetr. e ginec. Roma, 1897, t. III, 293-295).
- Carmichaël.* — Ueber den Sitz der Plazenta (Schmidt's Jahrbücher, 1841).
- Degouy (L.).* — De l'insertion habituelle du placenta (Thèse Paris, 1898).
- Delore.* — Placenta (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).
- Demelin.* — Anatomie obstétricale. Paris.
- Frivolet (H.).* — Beitrag zum Studium der menschlichen Placentation (Thèse Leipzig, 1904, 50 p. in-8°).
- Grosser (O.).* — Vergleichende Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Eihaüite und der Placenta mit besonderer Berücksichtigung der Menschen (314 p. Ed. Braumüller. Vienne, 1909).

- Gusserow*. — Ueber den normalen Sitz der Plazenter (Monatsch. f. Geburtskunde, t. XXVII).
- V. Haselberg (W.-H.-R.-R.)*. — Ein anatomischer Beitrag zur Frage nach der Bestimmung der Placentarsitzes (Thèse Berlin, 1898).
- Holzapfel (R.)*. — Ueber der Placentarsitz (Beitr. z. Geb. u. Gynæk. Leipzig, 1898, t. I, 286-337).
- Honchuger*. — Die nachträgliche Diagnose der Lagerung der Eies im Uterus aus den ausgestossenen Nachgeburtsteilen (Freund's Gynæk. Klinik, 1885).
- Lazard (E.-M.)*. — The localization of the placental site (South. Calif. Pract. Los Angeles, 1904, t. XIX, 160-163).
- Leopold (G.)*. — Die Diagnose der Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt (Arb. a. d. R. Frauenklinik in Dresden. Leipzig, 1895, t. II, 151-166).
- Ueber die Diagnose der Placentarsitzes (Aus den Arbeiten der Dresdener Frauenklinik, t. II).
- Lindström (G.)*. — Diagnosis and significance of the insertion of the placenta (Hygiea. Stockholm, 1896, t. LVIII, 162-189).
- Maggiar*. — Thèse Paris, 1883.
- Martin (E.)*. — Neigungen und Beugungen der Gebärmutter nach vorn und hinten (Berlin, 1866).
- Palm*. — Diagnose der Placentarsitzes (Zeitsch. f. Gynæk. u. Geburtsh, 1893, t. XXV).
- Petersen (O.-H.)*. — Ueber den Sitz der Fruchtkuchens und die Bedeutung dieses Sitzes für die Geburt (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynæk. Leipzig, 1906, t. X, 508-531).
- Pinard et Varnier*. — Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique. Paris, 1892.
- Poso (P.)*. — Über Fixierung und Einbettung von Plazenta und Uterus des Menschen (Zeitschr. f. Wissensch. Mikrosk., t. 27, f. 3, p. 353, 1911).
- Potocki et Branca*. — L'œuf humain et les premiers stades de son développement. Eléments d'embryologie (Paris, 1905. Stenheil éd., 204 p. in-8°).

Ribemont-Dessaignes et Lepage (G.). — Précis d'obstétrique. Paris.

Seyfert (B.). — Der aufsitzende Mutter Kuchen ; sein Wesen und seine Beziehungen zur Mutter und zur Frucht (Vrtljsrch. f. prakt. Heilkund. Prag. 1852, XXXIV, 140-153).

Siemoris (J. M.). — The results of routine study of the placenta (Proc. Connect. Soc. New-Haven, 1916, CXXIV, 100-114).

Steele (H. G.). — Position of placenta in utero (West. Virg. M-J. Wheeling 1916, XI, 15-19).

Tridondaire (E.). — La diagnosi di sede dell'inserzione placentare (Bull. d. Soc. med. chir. di Pavia, 1897, Milano 1868, 10-37).

— La diagnosi di sede dell'insezioni placentare (Ann. d'Ostetr. et Gynecologia, juin 1897, p. 255).

Von Winckel. — Lehrbuch der Geburtshülfe.

